

Nombre:		Número de cuenta:
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Teléfono:		N.º de Seguro Social (últimos 4 dígitos):

INFORMACIÓN DEL HOGAR: indique todos los miembros del hogar, incluido al paciente, su cónyuge y cualquier hijo biológico o adoptado legalmente menor de 18 años.

Nombre y apellido	Relación con el paciente	Edad/Fecha de nac.	Ingresos brutos totales en los 3 meses anteriores a la fecha de solicitud	Ingresos brutos totales en los 12 meses anteriores a la fecha de solicitud
	Yo mismo			

Si no tiene ingresos, ¿cómo se mantiene?

¿Tenía usted un seguro médico en la fecha en que recibió el servicio? ☐ No ☐ Sí (adjunte una copia de la tarjeta con la solicitud)

¿Algún miembro de su familia tiene una cuenta corriente o de ahorros? ☐ No ☐ Sí (Valor_____)

¿Algún miembro de su hogar posee otros activos? ☐ No ☐ Sí (Tipo/Valor):

Para los ingresos/activos mencionados anteriormente, debe proporcionar la siguiente información para cada miembro del hogar:

- ☐ Empleo = recibos de pago que muestran los ingresos brutos de los 3 o 12 meses anteriores a la fecha de servicio
- ☐ Trabajo por cuenta propia = complete los formularios de impuestos de la declaración más reciente, incluido el Anexo C
- ☐ Seguro Social/Pensión/Discapacidad = carta de beneficios más reciente
- ☐ Otro = prueba de cualquier otro ingreso (beneficios por desempleo, dividendos, intereses, ingresos por alquiler, etc.)
- ☐ Cuentas corrientes/de ahorros = estado de cuenta actual de 30 días para cada cuenta

Al firmar este documento:

Afirmo que todas las respuestas de esta solicitud son verdaderas. Si una revisión posterior revela que alguna parte de la información proporcionada era fraudulenta, la decisión de brindar asistencia financiera podrá ser revocada y se facturará a la parte responsable.

Entiendo que la información que envío está sujeta a verificación y revisión por parte de agencias federales y/o estatales y otras entidades, según sea necesario.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____